

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

1404

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

Jean DESCUBES

né le 22 octobre 1916 à Oradour-sur-Vayves (Haute-Vienne).

Interventions sur les aponévroses
dans certaines algies sciatiques
et lombalgies rebelles

Président : M. MONDOR, Professeur

VIGOT FRÈRES, Éditeurs

23, Rue de l'École-de-Médecine 23,

PARIS

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

Jean DESCUBES

né le 22 octobre 1916 à Oradour-sur-Vayves (Haute-Vienne).

Interventions sur les aponévroses
dans certaines algies sciatiques
et lombalgies rebelles

Président : M. MONDOR, Professeur

VIGOT FRÈRES, Éditeurs

3, Rue de l'École-de-Médecine 23,

PARIS

1939

LE DOYEN TIFFENEAU

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	R. DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-
	LAVASTINE
	FIESSINGER.
Pathologie expérimentale et comparée	CHIRAY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	LOEPER.
	CARNOT.
Clinique médicale	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
	GOSSET.
Clinique chirurgicale	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale	N...
	HAZARD.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale
 BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale
 BERNARD (E.) . Pathologie médicale
 BESANÇON (J.) . Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale
 COSTE Pathologie médicale
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D' ALLAINES .. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES .. Pathologie médicale
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.

MM.

LACOMME Obstétrique.
 L'ANTUEJOUËL .. Obstétrique.
 LAROCHE (G.) . Pathologie médicale
 LAVIER Parasitologie
 LELONG Pathologie médicale
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI . Neurologie et Psychiâtrie.
 MÉNÉGAUX Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET Pathologie médicale
 MOREAU Pathologie médicale
 MOULONGUET .. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale
 PETIT-DUTAILLIS... Pathologie chirurgi-
 cale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 FREITZ-BOYER .. Pathologie chirurgicale.
 TUENIOT Obstétrique.

MM.

LARDENNOIS ... Pathologie chirurgicale
 LE LORIER Obstétrique.
 NEVEU - LEMAIR E... Parasitologie.
 SCHWARTZ Pathologie chirurgicale
 VAUDESCAL Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.
ALAJOUANINE.
AUBERTIN.
BRULÉ.
CHABROL.
DONZELOT.
DUVOIR.
LIAN.
PASTEUR-
VALLERY-RADOT
SEZARY.

Clinique médicale.

MM.
BASSET.
BROCQ.
CADENAT.
GATELLIER.
MOURE.
QUENU.
VELTER.

Clinique chirurgicale.

MM.
SCALLE.
METZGER.

Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.
CHAILLEY-BERT, agrégé Radiologie clinique.
LEDoux-LEBARD Stomatologie.
RUPPE Puériculture.
WEIL-HALLÉ Education physique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MA MERE

*Qui aurait été heureuse de me voir ar-
river au but qu'elle souhaitait pour
moi.*

En pieux hommage.

A MON PERE

*En témoignage de ma profonde affec-
tion filiale et de mon infinie recon-
naissance.*

A MES FRERES ET A MA SŒUR

AUX MIENS

A MES AMIS

A Monsieur le Professeur MONDOR

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris

Chirurgien de l'Hôpital Bichat

Officier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait l'honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.*

Hommage respectueux.

**A MES MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE
DE PARIS**

**A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE PARIS**

Monsieur le Docteur PICOT

Monsieur le Docteur AUROUSSEAU

Monsieur le Docteur ROUX-BERGER

**Monsieur le Professeur Agrégé GAUDART
D'ALLAINES**

Monsieur le Docteur DESNOYERS

Monsieur le Professeur Agrégé LE LORIER

Monsieur le Professeur LEREBoullet

Monsieur le Professeur Agrégé LELONG

*En témoignage de reconnaissance pour
les conseils éclairés qu'ils nous ont
prodigués au cours de notre exter-
nat.*

A MES MAITRES DE L'HOPITAL DE LIMOGES

Témoignage de gratitude pour l'enseignement qu'ils nous ont donné au début de nos études.

A MES CONFERENCIERS D'EXTERNAT
ET D'INTERNAT

A TOUS MES CAMARADES

Interventions sur les aponevroses dans certaines algies sciatiques et lombalgies rebelles

INTRODUCTION

Dans le cadre des lombalgies et des algies sciatiques, le praticien se trouve fréquemment devant des algies irréductibles qui résistent à tous les moyens thérapeutiques dirigés aussi bien contre les causes présumées que contre le syndrome douleur lui-même.

Nous nous proposons, dans les pages qui vont suivre, après une révision des conceptions actuelles des algies lombaires et sciatiques, de procéder à un rappel des thérapeutiques qui ont été ou sont mises en œuvre selon les procédés classiques ou simplement empiriques.

Nous basant sur une conception étiologique mécanistique de certaines de ces algies rebelles, nous proposons une intervention chirurgicale simple et dont la conception répond aux desiderata exprimés par Leriche : « Intervenir, soit ! mais lorsque la physio-pathologie d'un syndrome rend logique cette intervention. »

Si nous concluons à l'excellence de l'opération d'Ober, pratiquée pour la première fois en France par Massart et Vidal-Naquet, nous nous garderons bien d'en préconiser la généralisation, ses indications très précises limitent à des cas bien diagnostiqués son utilisation.

CHAPITRE I

LES NEVRALGIES SCIATIQUES ET LOMBALGIES : ETUDE CLINIQUE. ETIOLOGIE

Nous nous bornerons à rappeler rapidement les principaux éléments cliniques, en insistant surtout sur le syndrome de névralgie sciatique, le plus souvent observé.

Il s'agit d'un malade qui souffre et qui rapporte souvent le début de ses douleurs à un « coup de froid ».

— Tantôt, début brutal, les douleurs sont vives dès le premier jour.

— Tantôt, début insidieux et précédé d'une phase d'engourdissement du membre inférieur. Assez fréquemment, le sujet se plaint de lombalgies du même côté.

En tout cas, une fois installée, la crise se manifeste par des douleurs toujours vives, soit continues, ou intermittentes, avec paroxysme à maximum très souvent nocturne.

C'est une douleur traçante, descendante, que le sujet indique de lui-même, en suivant du doigt, de haut en bas, le trajet du nerf.

Les mouvements, la toux, l'éternuement l'exagèrent.

Il est facile, par l'examen, de réveiller cette douleur :

1° Toute *pression* sur le trajet du nerf est douloureuse à la fesse, derrière le grand trochanter; le long de la face postérieure de la cuisse; au creux poplité; au niveau de la tête péronière (S.P.E.); au niveau du mollet; de la malléole externe;

2° On connaît de même les classiques manœuvres de Lasèque, de Bonnet, dont l'effet douloureux est dû à une *élongation* du nerf.

A ce syndrome algique, s'ajoutent souvent des troubles neurologiques de divers ordres (névrite, sciatique concomitante).

1. *Troubles moteurs :*

— C'est l'*hypotonie musculaire* et, à un degré plus avancé, l'atrophie musculaire, souvent précoce d'ailleurs, globale, prédominante sur le pédieux.

— C'est encore une diminution de la force musculaire avec parfois parésie.

Dans certains cas, on observe des contractions idiomusculaires.

2. *Troubles réflexes :*

— Portent essentiellement sur le *réflexe achilléen* qui est, soit diminué, soit aboli, soit au contraire exagéré.

Le réflexe patellaire est habituellement normal, sauf le cas d'atteinte des troisième et quatrième racines lombaires.

3. *Troubles sensitifs :*

Ils consistent en une hypo-esthésie à type périphérique ou radiculaire.

4. *Troubles vaso-moteurs :*

Hypothermie locale, cyanose.

Tel est très schématiquement le tableau de ces algies. L'évolution est variable :

1° *Dans quelques cas*, parfois spontanément, parfois avec un traitement banal : repos, réduction locale, calmants, elle cesse au bout de quelques jours, de quelques semaines. Les douleurs s'apaisent, faisant place peu à peu à un simple engourdissement, une sensation de pesanteur dans le membre. Ce n'est là en fait qu'une guérison apparente car :

2° *Le plus souvent*, la crise se reproduit ou persiste. La névralgie est sous la dépendance d'un facteur étiologique qu'il faut découvrir pour la supprimer. C'est ce problème étiologique qui rend précisément si difficile la thérapeutique, car, tant qu'il n'est pas résolu, tout essai de traitement reste vain.

Quelles sont donc les étiologies qui peuvent être en cause? Autrefois, on parlait de sciatique essentielle, terme trop facile pour cacher notre ignorance. Actuellement, on sépare deux ordres de faits :

1° les sciatiques symptomatiques;

2° les sciatiques rhumatismales.

1° *Les sciatiques symptomatiques.*

Elles sont fréquentes. Il faut systématiquement considérer une sciatique comme pouvant n'être qu'un symptôme d'une autre affection. Et ce, à plus forte raison, dans certaines circonstances que nous allons énumérer :

a) Toute sciatique accompagnée d'une algie persistante, abdominale, inguinale, ou s'irradiant vers les organes génitaux;

b) Toute sciatique se compliquant de troubles sphinctériens, de troubles vaso-moteurs, paralysie motrice, de modification des réactions électriques à type de « réaction de dégénérescence »;

c) Toute sciatique évoluant avant 24 ans;

d) Toute sciatique s'accompagnant de modifications du liquide céphalo-rachidien.

Dans tous ces cas, on n'a pas le droit de parler de sciatique rhumatismale. Il faut s'attarder à rechercher la cause vraie. On envisagera donc la possibilité de :

— *compressions pelviennes* : vessie, rectum, prostate, utérus, ovaires;

— *compressions médullaires* : mal de Pott en évolution, tumeur intra-rachidienne, ou méningite syphilitique, tabès (examen du liquide céphalo-rachidien).

Enfin, on pensera aux *intoxications* et aux *suites d'infections aiguës*, telles que typhoïde, grippe, infection puerpérale, goutte. Signalons aussi dans ce cadre une étiologie importante et particulière : *le diabète*.

2° *Les sciatiques rhumatismales.*

Il peut s'agir :

a) De sciatique haute : *funiculite*, avec attitudes antalgiques : scoliose croisée permettant au malade d'éviter la compression vertébrale et diminuant ainsi les effets douloureux de la cause irritatrice. Ascension talonnière du côté malade;

b) Sciatique moyenne ou *plexulaire* due à l'irritation du plexus lombo-sacré, provoquée par une arthrite sacro-iliaque;

c) Sciatique basse, *tronculaire*, la plus rare.

Une radiographie fera connaître la lombarthrie d'origine rhumatismale.

On doit donc considérer la sciatique « comme un syndrome algique localisé à la face postérieure du membre inférieur, et par suite au territoire anatomique du nerf, mais pouvant déborder ce domaine — comme

un syndrome algique lié le plus souvent à la souffrance du nerf (funicule, plexus, tronc et branches), plus rarement à celle des muscles ou du tissu cellulaire de la région ».

De ce chapitre étiologique on peut conclure que, pratiquement, mais toujours schématiquement, on s'orientera pour le diagnostic de la façon suivante :

— sciatique bilatérale avec points douloureux : diabète, goutte, compression tumorale ;

— sciatique bilatérale sans points douloureux : syphilis médullaire, tabès, mal de Pott, tumeur de la moelle ;

— sciatiques unilatérales : traumatismes, compressions, infection générale, intoxications (saturnisme, alcoolisme).

Sinon, conclure à l'origine rhumatismale.

Nous allons voir maintenant quels traitements ont été mis en œuvre contre ces algies.

CHAPITRE II

LES DIFFERENTS TRAITEMENTS CLASSIQUES ET MODERNES

Nous aurons surtout en vue ici les algies rebelles dont l'étiologie apparaît imprécise.

On conçoit en effet que, si on découvre par l'examen une cause nette, indiscutable, le traitement sera avant tout dirigé contre elle, source de tout le mal. C'est ainsi qu'on traitera un algique goutteux, diabétique, avant tout comme un goutteux, comme un diabétique.

Si on découvre un fibrome, un kyste de l'ovaire ou une tumeur quelconque du petit bassin, c'est vers elle qu'on se tournera et c'est contre elle qu'on agira.

Ce traitement causal n'exclut pas d'ailleurs l'association à une médication symptomatique, judicieusement employée et choisie que nous allons voir à propos des névralgies rebelles.

La résistance à tout traitement de certaines algies a fait naître une multitude, on peut le dire, de mé-

thodes thérapeutiques. Toutes ont eu des succès là où d'autres avaient échoué : c'est dire l'impossibilité de donner des règles précises et formelles. Nous nous bornerons à rappeler les principales de ces méthodes.

Outre le repos qui s'impose d'ailleurs de lui-même, on a essayé :

1° *la révulsion* : vésicatoire, acupuncture;

2° *la chaleur* : air chaud, cataplasmes électriques, mieux diathermie. On y associe habituellement des :

3° *sédatifs généraux* : aspirine, antipyrine en cachets ou lavements, acide salicylique, opium et dérivés, barbituriques, atropine;

4° Dans les cas rebelles, on a tenté des traitements par *choc colloïdo-clasique* au moyen d'injections de lait, peptone, autohémothérapie;

5° C'est dans ces cas qu'on a fait appel aussi à la radio et radium-thérapie, aux infra-rouges, aux ultraviolets, à l'ionisation salicylée;

6° Certains ont obtenu des résultats heureux au moyen d'*injections locales* : soit d'air, soit d'alcool, soit de lipiodol. Ces méthodes sont assez couramment employées aujourd'hui en raison de leur succès. Aussi, rappelons-en brièvement les techniques :

Alcool (Sicard) :

Solution d'alcool à 95°. Anesthésie locale préalable. Injectée tous les deux ou trois jours, 2 ou 3 cc., en en-

cerclant la grande échancrure sciatique ou la gouttière ischio-trochantérienne.

Lipiodol (Sicard) :

Injecter 3 ou 4 cc. de lipiodol chauffé 10 minutes au bain-marie. L'injection peut se faire aux différents segments du sciatique : soit haute, au niveau des lames lombaires. Piquer à 1 cm. en dehors de la ligne des épineuses :

soit sacro-iliaque. Repérer l'épine iliaque postérieure, enfoncer l'aiguille perpendiculairement, injecter dans diverses directions;

soit médiane : repérer alors la grande échancrure sciatique et enfoncer l'aiguille jusqu'au contact osseux;

soit même plus basse, au-dessous de la tête du péroné, au niveau du sciatique poplité externe.

Dans des cas très tenaces, on a pu faire des injections lipiodolées épidurales.

Air (Cordier) :

Pour les formes localisées à la jambe et au pied. Ficher la petite aiguille dans la région latérale externe de la jambe, sous la peau. Injecter l'air à l'aide de la pompe de l'appareil de Potain.

Rappelons encore, dans ce cadre, les injections de sérum salé physiologique ou stovaïne qui ont de bons résultats à leur actif (20 à 30 cc., 2 centigrammes de stovaïne);

7° La notion plus récente de sciatique rhumatismale a naturellement amené à l'usage du *salicylate de soude*, qu'on donne par la bouche (6 à 8 gr. et plus) ou en intra-veineuse de 25 centigr. à 2 gr. matin et soir. Il est bon de faire suivre alors d'une injection de 10 cc. de sérum physiologique;

8° Enfin, la *crénothérapie* trouve souvent ses indications et le malade revient fréquemment amélioré après une cure à Lamalou, Nérès, Luchon, Aix-les-Bains, Bourbon-l'Archambault, Evaux, Dax (amyotrophies consécutives aux radiculites).

Tels sont les principaux traitements employés d'habitude dans les algies sciatiques et lombaires. On peut en résumer les grandes règles en quelques mots :

- Rechercher l'étiologie;
- Traiter la cause, si on en découvre une;
- Traiter la manifestation douleur;
- Traiter le terrain (arthritique).

Dans le cas où toute thérapeutique reste inactive, que peut-on faire? C'est là l'objet du chapitre qui va suivre.

CHAPITRE III

L'OPERATION D'OBER. INDICATIONS TECHNIQUE

Il nous est nécessaire d'abord, pour bien comprendre ce chapitre, de faire un bref rappel anatomique des importantes aponévroses de la région fessière et des rapports qu'elle contracte avec le nerf sciatique.

1° *Rappel anatomique.*

La bandelette iléo-tibiale forme un épais feuillet fibreux, s'étendant de la crête iliaque à la tubérosité latérale du tibia. De sa face profonde naissent des fibres charnues du moyen fessier. Cette bandelette se double :

— en avant pour englober les deux feuillets de la gaine du tenseur du fascia lata;

— en arrière pour englober le grand fessier. Son feuillet superficiel se continue avec l'aponévrose du grand fessier; son feuillet profond va vers la tubérosité ischiatique, la partie inférieure du grand ligament sacro-sciatique en passant entre le grand et le moyen fessiers et en recouvrant le pyramidal (Massart).

Le nerf sciatique qui émerge sous le pyramidal, au-dessous du grand fessier, est en rapport très étroit avec ses aponévroses.

2° *Physio-pathologie.*

Du fait de cet étroit contact, il était logique de penser qu'une rétraction aponévrotique à ce niveau, comparable à certaines rétractions palmaires ou plantaires connues depuis longtemps, était susceptible d'engendrer des troubles dans le domaine du sciatique. Le mérite revient à Ober d'avoir le premier observé la réalité d'un tel fait.

Il existe sur certains malades des modifications importantes au niveau du fascia lata et de la bandelette iléo-tibiale. Il s'agit d'une rétraction qui peut être à la base de troubles nerveux, douloureux et tenaces dans le domaine du sciatique et contre lesquels les traitements habituels restent inopérants. Cette rétraction se traduit « par un épaissement sensible du fascia lata et par une véritable contracture des muscles qui s'insèrent en avant et en arrière, c'est-à-dire du tenseur et du grand fessier ».

Le nerf se trouve de la sorte comprimé et il en résulte des algies tenaces inexplicables. Dans certains cas même, l'état de tension du fascia lata retentit au-delà, réalisant des algies lombaires à type sacro-iliaque, pouvant même s'accompagner de lordose.

3° Cliniquement.

Comment peut-on soupçonner une telle étiologie? A vrai dire, la symptomatologie est pauvre habituellement; elle se réduit en fait à deux signes :

1° la *tension douloureuse*, presque contracture, de la partie supérieure et externe des muscles de la fesse;

2° la *contracture en abduction*, de la hanche, conséquence du fait précédent.

D'autre part, les régions lombaire et sacro-iliaque sont douloureuses.

Parfois, on observe de véritables déformations sur le sujet debout : lordose à type rachi-algique, scoliose à type sciatique.

4° Indications de l'opération d'Ober.

L'importance de la constatation de ces signes est considérable. L'opération d'Ober, que nous allons décrire, donne en effet d'excellents résultats, mais à la condition d'être pratiquée à bon escient, par conséquent dans des cas très limités.

— Il faut qu'il s'agisse d'algies sciatiques ou lombaires pures, sans irradiation autre que le long du nerf, sans troubles des réflexes.

— Il faut qu'il s'agisse d'algies rebelles, par conséquent déjà anciennes et sur lesquelles les traitements habituels sont sans effet.

— Il faut que soit retrouvée cette sensation de tension douloureuse de la partie supéro-externe du deltoïde fessier.

Ces trois conditions étant réalisées, on peut pratiquer l'intervention.

5° *L'opération d'Ober.*

C'est une aponévrectomie consistant à relâcher la tension musculaire du grand fessier en incisant et en réséquant une partie de la bandelette iléo-tibiale, puis en libérant les aponévroses des masses musculaires des grand et moyen fessiers, et surtout du tenseur du fascia lata.

Technique :

Position : placer le malade sur la table orthopédique pour bien dégager la région opératoire et profiter de la bascule latérale.

Incision : elle part de l'épine iliaque antérieure et supérieure, se dirige en bas et en arrière, jusqu'à deux travers de doigt, en arrière et au-dessus du grand trochanter.

Section : le fascia lata et la bandelette de Maissiat sont découverts. On incise largement de haut en bas la bandelette. Aussitôt la section faite, les surfaces de l'aponévrose et de la bandelette sectionnées s'écartent de quelques centimètres et les fibres du moyen fessier font alors hernie par la brèche. On désinsère large-

ment l'aponévrose du moyen fessier à la sonde cannelée ou au ciseau fermé et on résèque une partie de la bandelette. Puis on dilacère en avant l'aponévrose du tenseur du fascia lata et on dégage en arrière les insertions aponévrotiques du grand fessier.

Des examens microscopiques de fragments aponévrotiques montrent souvent des signes d'inflammation chronique et d'épaississement.

Résultats :

Les impotences s'amendent très rapidement après l'intervention.

La douleur du membre inférieur s'atténue et disparaît.

Les douleurs lombo-sacrées sont plus lentes à s'évanouir.

Les mouvements du rachis redeviennent normaux.

Il s'agit donc d'une opération simple et dont l'efficacité est apparue réelle à tous ceux qui l'ont pratiquée suivant les indications précises que nous avons formulées.

OBSERVATIONS

Les observations qui suivent sont de MM. Massart et Vidal-Naquet, protagonistes de l'opération d'Ober en France. Elles sont significatives et nous nous bornerons à les donner. Nous possédons d'autres observations de MM. Meignant et Bastard qui se calquent à peu près littéralement sur les précédentes.

OBS. N° 1.

M. D..., 32 ans, est adressé en mars 1938, pour une sciatique gauche, très douloureuse, rendant la marche impossible, ayant résisté depuis deux ans aux traitements les plus divers (injections iodées, novocaïne).

Ce malade présentait une scoliose antalgique, connexe du côté droit, et que l'on ne pouvait redresser. Une radiographie montre cette scoliose sans autre lésion du carrefour sacré. La région sacro-lombaire est très douloureuse et l'on trouve tous les signes douloureux d'élongation du sciatique. Pas de troubles des réflexes.

L'on pratique, en premier lieu, une anesthésie épidurale qui permet une bonne correction de la scoliose. Un plâtre est appliqué. Le malade, après ce traitement, a été partiellement soulagé. Il quitte l'hôpital avec son corset plâtré au bout d'une dizaine de jours.

Un mois après, il se présente de nouveau, se plaignant de douleurs très vives. On note à ce moment, en plus des signes qui l'avaient amené une première fois consulter, une contracture douloureuse de la partie supérieure et externe de la fesse.

Intervention le 10 mai 1938, pratiquée par le Dr Vidal-Naquet. Le jour même de l'intervention, le malade accusait un soulagement important, la douleur au mollet avait disparu, ainsi que la douleur sacro-lombaire. Une semaine après, il n'existait plus la moindre douleur. La flexion de la cuisse pouvait se faire de la façon la plus complète. Rapidement, l'état général du malade, altéré par les algies continues, s'est amélioré de jour en jour. Actuellement, le malade peut marcher sans la moindre douleur.

OBS. N° 2.

M^{me} X..., 35 ans, présente depuis cinq ans des troubles douloureux, sacro-lombaires, avec irradiation sciatique qui ont été traités par des cures thermales, des injections iodées, des séances de physiothérapie sans aucun résultat. A l'examen, on note les signes d'élongation douloureuse du sciatique, une lordose lombaire douloureuse et, très nettement, une tension douloureuse de la partie supérieure externe de la fesse.

Intervention le 26 mai. La malade est opérée en pleine crise douloureuse. Le soir, les douleurs spontanées avaient disparu. Le lendemain, la malade pouvait se mouvoir dans son lit sans souffrir, et le signe de Lasègue avait disparu. Le quatrième jour, la douleur sacro-lombaire s'atténuait considérablement.

La malade a pu reprendre la marche dès le dixième jour, avec une grande amélioration bien qu'il persiste une douleur dans le membre inférieur qui va en s'atténuant. L'examen histologique d'un fragment d'aponévrose montre des signes nets de sclérose et d'inflammation chronique.

OBS. N° 3.

M. R. J..., 45 ans, est examiné le 8 juin 1938. Il présente depuis quatre mois une douleur sur le trajet du sciatique gauche. Malgré les thérapeutiques habituelles, la douleur n'a fait que s'accroître au point que le ma-

l'ade ne peut marcher et ne peut faire aucun mouvement dans son lit.

Radiographie : ne montre aucune lésion.

Intervention : le 12 juin 1938. Dès le lendemain, la douleur était moins vive. Le cinquième jour, le malade pouvait s'asseoir dans son lit sans souffrir. Le dixième jour, la marche a pu être reprise et actuellement il n'y a plus aucune douleur. Les signes d'élongation ont disparu.

Notons que ces trois malades ont accusé, pendant quelques jours après l'opération, des douleurs au genou et au talon.

CONCLUSIONS

I. — Nous avons procédé à une révision des conceptions actuelles concernant l'étiopathogénie des algies sciatiques et de certaines algies lombaires.

II. — Parmi celles-ci figurent en bonne place des algies particulièrement rebelles à toutes les thérapeutiques classiques et qui semblent conditionnées par l'épaississement de la bandelette iléo-tibiale et du fascia-lata.

III. — La contracture des muscles antérieur et postérieur par la tension qu'elle entraîne provoque des douleurs à type sciatiques, lombo-sacrées ou sacro-iliaques par la compression exercée sur le nerf sciatique. La traction sur ce nerf joue également un rôle important.

IV. — Ce type d'algie entraîne une contracture en abduction du membre inférieur et parfois une pseudo-scoliose à type sciatique ou une lordose lombaire à type rachialgique.

V. — L'opération d'Ober pratiquée par Massart et Vital-Naquet consistant en une section de la bandelette iléo-tibiale, une dilacération en avant du tenseur

du fascia lata, réalise le traitement sanglant de choix de ces algies sciatiques et lombalgies d'extension et de compression nerveuse.

VI. — Les indications de cette intervention sont limitées strictement aux algies répondant au type anatomopathologique ci-dessus.

Vu :

Le Président de thèse,
MONDOR.

Vu :

Le Doyen,
TIFFENEAU.

Vu et Permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- AUBOURG. — Sciatique rebelle chez un diabétique. L'électrothérapie électrique. Disparition des douleurs et de la glycosurie. (Congrès français de Thérapeutique, Paris 1933. *Revue d'Actinologie et de Physiothérapie*, n° 5, sept.-oct. 1933).
- H. BERNARD. — Le traitement des sciatiques (*Rev. Méd. « Guérir »*, n° 147, 15 juin 1937).
- L. BETHOUX. — Le traitement pratique de la névralgie sciatique (scialgie) (*Archives de Rhumatologie*, juillet 1938).
- M. BRING. — L'acupuncture chinoise dans le traitement de la névralgie sciatique (*Journal des Praticiens*, 29 juillet 1939, n° 30, p. 486).
- J.-A. CHAVANY. — Le traitement de la sciatique rhumatismale (*Journal de Médecine et de Chirurgie*, n° 23, 10 décembre 1933).
- G. CHEDID. — Traitement d'un cas de sciatique rebelle. Guérison (*Le Phare Médical de Paris*, n° 150, juin 1935).
- COURANE. — Les aspects orthopédiques de la sciatique (*The British Medical Journal*, 17 décembre 1938, p. 1251).
- F. COSTE. — La névralgie sciatique rhumatismale. Orien-

tation thérapeutique (*Rev. Gén. de Clin. et de Thérap.*, 49, 193-196, March. 23, 1935).

S. DE SÈZE. — Le diagnostic et le traitement des sciatiques rhumatismales (*Concours Médical*, n° 19, 9 mai 1937).

HAGGART. — Douleur sciatique d'origine inconnue; méthode efficace de traitement (*The Journal of Bone and Joint Surgery*, Vol. 20, n° 24, oct. 1938).

HAPRIS. — La sciatique et son traitement (*The British Medical Journal*, 17 décembre 1938, p. 1245).

J. HAGUENEAU. — Le traitement de la sciatique (*Presse Méd.*, n° 83, 17 octobre 1934).

HANSER. — Contribution au traitement de la sciatique (*Medizinische Klinik*, 15 novembre 1935, p. 1498).

HEYMAN. — Réflexion sur la cure de la névralgie sciatique (*The Journal of Bone and Joint Surgery*, vol. 16, n° 4, oct. 1934).

LESIEUR. — Le traitement des sciatiques rhumatismales par ses insufflations d'oxygène (*Société Médicale des Praticiens*, mai 1936).

FERNAND LÉVY. — Un coup d'œil sur la clinique et le traitement des sciatiques (*La Semaine des Hôpitaux de Paris*, n° 4, 15 février 1935).

LOW. — Traitement et pathogénie de la sciatique (*Medizinische Klinik*, an. XXIX, n° 6, 3 fév. 1933).

E. MARCIEL. — Effective therapy of sciatica (*Polska Gaz. Lek.*, 14, 83-85, Feb. 3, 1935).

- MELCHIOR. — La névralgie sciatique (*Arch. Med. Belges*, 88, 151-164, July 1935).
- P. MOLLARET. — Le traitement des névralgies sciatiques. Essai d'indications thérapeutiques (1 vol. 72 p., J. Baillière, édit., 19, rue d'Hautefeuille, Paris, 1934).
- J. PARAF. — Diagnostic et traitement des sciatiques (*Clinique et Laboratoire*, 20 mai 1933, n° 5).
- Diagnostic et traitement des sciatiques (*Archives de Neurologie*, n° 9, nov. 1933).
- Quinze ans de traitement des sciatiques (*Revue du Rhumatisme*, avril 1936).
- Le traitement de la sciatique (*Le Progrès Médical*, 13 mars 1937).
- F. G. THOMSON. — Treatment of pain in lumbago and sciatica (*Practitioner*, 133, 274-280, Sept. 1934).
- P. C. WIRTH. — Traitement des névralgies sciatiques par la méthode des injections locales (*Société de Méd. de Nice*, 59° ann., n° 4, 1938, p. 86).
- R. MOSSART et G. VIDAL-NAQUET. — Les interventions sur les aponévroses dans le traitement des sciatiques et des contractures douloureuses (*Rev. de Chirurgie*, juillet 1938).
- G. VIDAL-NAQUET. — Traitement chirurgical de certaines névralgies sciatiques (*Journal de Médecine de Paris*, févr. 1939).
- FREIBERG. — Guérison de la névralgie sciatique par des opérations musculo-tendineuses (*Arch. of Surgery*, février 37; *Journal de Chirurgie*, sept. 37).

GREEN. — Traitement du syndrome sciatique par la section du ligament iléo-tibial (*Annals of Surgery*, Philadelphie, juin 1939).

R. MOSSART et VIDAL-NAQUET. — La résection de la bandelette iléo-tibiale et du fascia lata dans le traitement de certaines lombalgies et névralgies sciatiques (opération d'Ober). (*Bulletin de la Société des Chirurgiens de Paris*, n°s 8 et 9, 1938).

Imprimé par R. FOULON
29, rue Deparcieux, Paris XIV.
